LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : De l'antipyrine dans la céphalée méningitique par le Dr H. Dauchez. — A propos du traitement de la diphthérie par la méthode de M. Gaucher, par le Dr de Crésantignes. — **Bibliographie** : Traitement des maladies de la peau, par le Dr L. Brocq. — Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le Dr Franz Hœnig. — **Revue de la presse** : Sur un cas de tabes dorsal consécutif à l'influenza, par Livierato. — Sur le diagnostic et le traitement de la métrorrhagie, par W. Edise. — La cocaïne est-elle aphrodisiaque. — La paralysie des muscles du larynx dans le cours du tabes dorsal, par le Dr R. Dreyfuss. — **Académie de médecine** : Séance du 9 septembre 1890. — Présidence de M. Tarnier. — Prothèse des apophyses géni. — De l'amblyopie des astigmates. — Nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire. — Pleurotomie postérieure. Lavages pleuraux. — Hystérectomie abdominale pour myomes. Pédiculisation à la ligature élastique perdue. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : Séance du 27 juin 1890. Présidence de M. Gouraud. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : Extrait de la séance du 9 juillet 1890. — **Congrès de Berlin**. — 13e *section. Dermatologie et Syphiligraphie*. — Méthode de traitement de la syphilis. — Traitement de la syphilis du système nerveux. — Nature des exanthèmes médicaux. — 15e *section* : *Hygiène* : Associations microbiennes. — **Memento pratique** : Du traitement du choléra infantile. — Du traitement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prævia. — **Intérêts professionnels** : Certificats soumis au timbre. — Certificats exempts du timbre. — Les parents sont responsables des soins donnés à leurs enfants majeurs. — **Variétés** : L'incendie de Notre-Dame de Paris en 1871 et les internes de l'Hôtel-Dieu. — **Nouvelles**. — **Bulletin bibliographique**.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'antipyrine dans la céphalée méningitique

ÉTUDE COMPARATIVE (1),

par le Dr DAUCHEZ,
ancien interne de l'hôpital des Enfants.

En dépit du nombre croissant des médications conseillées dans le traitement de la méningite, aucune méthode connue et prouvée n'est hélas capable d'enrayer l'extension de la phlegmasie tuberculeuse. — C'est là ce que chacun sait.

Et pourtant malgré l'extrême gravité du pronostic, qui, comme l'observe Barthez, s'oppose à la réussite du traitement le mieux dirigé; l'expectation est à coup sûr inadmissible.

Combattre successivement dans la méningite tuberculeuse l'élément inflammatoire, la douleur et l'infection tuberculeuse d'autant plus redoutable que sa marche est suraiguë, tel doit être à défaut de mieux le but à atteindre.

Dans l'observation ci-jointe, où l'intervention thérapeutique a été précoce (le diagnostic ayant pu être porté de bonne heure) rien n'a pu entraver la généralisation tuberculeuse.

Mais si l'infection s'est poursuivie malgré nos efforts, quelques symptômes ont pu cependant être atténués grâce à notre intervention.

Après tant d'applications diverses, l'antipyrine n'ayant pas encore été (que nous sachions) conseillée dans la méningite, il était intéressant de chercher à déterminer si l'on possédait dans cet agent un adjuvant capable d'atténuer la céphalée sans plonger les jeunes sujets dans la narcose jour et nuit au risque d'entraver l'alimentation.

Comme l'indique la note ci-jointe, l'antipyrine donnée pendant plusieurs jours à dose de 0,40 centigr. en 4 prises à un enfant de 4 ans a paru atténuer, mais non supprimer la céphalée ; — son action sur la fièvre a été nulle ou très passagère, — malgré l'apparition de sueurs assez abondantes.

Peut-être a-t-elle modéré l'hypertermie, sa suppression ayant été suivie le dernier jour (1) d'une élévation considérable de température 40°2 la veille de la mort et 40°2 quelques heures avant que l'enfant succombe dans un violent accès convulsif d'épilepsie partielle uni-latérale.

La lenteur avec laquelle ont évolué les accidents (huit jours de prodromes, vingt jours de fièvre dont trente-six heures de coma) peut-elle être attribuée à la médication complexe du début? c'est ce que nous n'oserions nous permettre d'affirmer.

L'observation suivante contribuera d'ailleurs à élucider ces détails de pratique.

OBSERVATION. — Le 8 mai 1890 j'étais appelé à l'Hôtel d'Huinisdal pour donner mes soins à un joli bébé de 4 ans, recueilli deux ans auparavant par Mme la marquise de Party, au moment où il allait être écrasé sous les pieds des chevaux à l'angle de la rue Honoré-Chevalier où l'avait volontairement abandonné un soir sa mère.

Impossible par conséquent de connaître les antécédents héréditaires de cet enfant jusques alors bien portant et de savoir s'il était porteur de lésions spécifiques ou tuberculeuses, détail important dans l'espèce.

Confiée à une jeune bonne anglaise (dont le neveu était mort en 1889 de méningite tuberculeuse) cet enfant, au dire de sa seconde mère, était devenu triste de-

(1) Communication, à la Société médicale du VIe arrondissement (séance du 2 juin 1890).

(1) Comme on le verra plus loin, l'hypertermie débuta ici huit à dix jours avant la mort et atteignit alors au moment du stade convulsif le chiffre de 42°2.

puis le 1er mai dernier, accusait des douleurs de jambe, demandait sans cesse à être porté et lui rappelait, nous disait-elle, l'aspect de son petit neveu.

Le 8, le 9 et le 10 mai nous notions quelques vomissements, de la constipation. — Pendant trois jours, la température rectale monta à 38°,4. — La fièvre redoublait la nuit. Photophobie.

Le soir du 10 mai la méningite jusque alors douteuse ne pouvait plus faire l'ombre d'un doute. — Aux nausées, aux vomissements venaient s'ajouter de violentes crises céphaliques ; — jour et nuit l'enfant criait « ma tête, ma tête »... Léger strabisme.

Nous étions au 10e jour des prodromes, au 1er de l'invasion.

Inutile d'ajouter que toutes les médications furent en vain mises en œuvre.

Du 10 au 14 mai nous appliquions trois vésicatoires, un à la nuque, deux dessous les oreilles avec pansement à l'onguent napolitain. — Le jour un sac de glace recouvrait la tête. Le soir un bain sinapisé de demi-corps fut prescrit.

Du 12 au 17 mai l'iodure de potassium donné à dose progressive d'un gramme et d'un gramme cinquante restait sans résultat.

Le 15, le 16, le 17 mai nous remplacions la glace par la pommade iodoformée à 1/4 dont la tête fut largement recouverte. Enfin je crus devoir prescrire également le tannin à dose de 0,50 centigrammes par jour pendant plusieurs jours.

Malgré ces prescriptions soigneusement exécutées l'enfant continuait à pousser des cris jour et nuit au grand effroi de tous les voisins.

Désireux d'en finir, je prescrivis le soir la potion suivante :

Hydrolat de tilleul	} ââ	25 grammes
Sirop de fleur d'oranger.....		
Sirop d'éther.....	30	—
Sirop de morphine.....	20	—
Hydrate de chloral.....	1	—

2 à 3 cuillérées à dessert, espacées d'une heure à l'entrée de la nuit.

Après la seconde cuillerée de cette potion l'enfant dormait paisiblement.

Pour permettre au malade de s'alimenter, et calmer le jour la céphalée sans le plonger dans le sommeil, j'eus alors l'idée de prescrire l'antipyrine à doses réfractées.

L'antipyrine me semblait d'autant plus indiquée que la température jusqu'alors stationnaire montait le 19 à 39°6.

Le 19, le 21 et le 23 mai l'antipyrine est prescrite à dose de 0,40 centigrammes en 4 prises données à une heure d'intervalle, sauf la dernière, donnée deux heures plus tard.

Les jours intercalaires l'enfant fut soumis à l'action du bromure de potassium à la dose de 0,50 centigr. pour permettre de juger l'effet comparatif des deux méthodes.

Relativement à l'antipyrine plusieurs particularités méritent d'être notées :

1° *Atténuation marquée, mais non suppression de la céphalée.* — L'enfant ne pousse plus aucun cri, ne montre plus sa tête, parfois même répond à nos questions avec nonchalance et s'interrompt de temps à autre pour gémir.

2° Une *abondante sudation* témoigne d'ailleurs de l'absorption de l'antipyrine.

3° *Action peu marquée sur la température* qui remonte chaque soir à 39°4, — 38°08 et 39°2 — *et sur le pouls* (P = 118 à 120).

Quant au bromure (donné peut-être trop tardivement) son action plus nulle encore ne modifia aucun des symptômes précités.

En effet, malgré des doses massives (0,50 centig.) nous notions dans les derniers jours une accélération notable du pouls (P, = 144). De violents accès convulsifs (épilepsie jacksonienne des 2 membres du côté droit avec déviation conjuguée des yeux à gauche), précédant la mort de quelques heures.

La température rectale de l'enfant prise pendant l'accès d'épilepsie partielle *marquait alors* 42°2. Trois heures après, dans la soirée du 26 mai, l'enfant succombait sous l'influence de cette hypertermie.

La méningite avait évolué ici en 26 jours dont 8 à 10 jours de processus, sa durée avait donc été prolongée de cinq à six jours sur la moyenne habituelle indiquée par Barthez (11 à 20 jours). — L'apparition du coma fut également tardive (36 heures avant la mort). — Enfin l'accalmie de la céphalée notée au cours du traitement institué n'autorise-t-elle pas de nouveaux essais ? — Peut-être arrivera-t-on aussi à procurer aux enfants atteints de cette terrible affection un soulagement plus efficace que par les traitements locaux aussi barbares qu'inutiles.

A propos du traitement de la diphtérie, par la méthode de M. Gaucher,

par le Dr de Crésantignes (1).

Dans la dernière séance, M. Le Roy a rapporté l'observation d'un cas d'angine diphtérique pour le traitement de laquelle les badigeonnages phéniqués lui semblent avoir échoué, non en ce que le malade soit mort, mais en ce que, au bout de dix jours, les fausses membranes se reformaient encore (2).

Découragé — un peu vite, il faut l'avouer — notre collègue emploie le perchlorure de fer pur pendant trois jours, puis, n'obtenant pas la disparition des produits diphtériques, il appelle en consultation M. Labric et, après cette consultation, il semble croire que,

(1) Communication à la Société Médicale du VIIe arrondissement.

(2) Voir *France Médicale* n° 34, p. 529.

non seulement le traitement s'est montré impuissant, mais encore qu'il est la cause de la reproduction des fausses membranes.

Bien que le traitement mis en usage par M. Le Roy ne soit pas le même que celui que j'emploie et qui est le traitement du Dr Gaucher dans toute sa rigueur, sa manière de faire se rapproche suffisamment de la nôtre pour que je crois devoir répondre quelques mots.

J'ai eu à soigner deux cas d'angine diphtérique qui m'ont ennuyé par leur ténacité. L'un d'eux s'est prolongé plus de quatre semaines chez un enfant de quatre ans dont les amygdales, le voile du palais, le pharynx étaient pris ; l'autre près de six semaines chez le frère du précédent, un baby de 18 mois, dont les amygdales, le voile du palais, les gencives, les lèvres, le pharynx à une grande profondeur et le larynx ont été atteints. Chez ces petits malades, malgré un traitement minutieusement appliqué, la repullulation des fausses membranes s'est donc faite d'une façon prolongée, mais ils ont guéri, et, étant donnée la gravité des deux cas (il serait trop long d'en rapporter ici les observations complètes), je reste persuadé que c'est à l'énergie des moyens mis en œuvre, au moins pendant les premières semaines, que les petits malades doivent d'être encore vivants.

Pourquoi, dans ces deux cas, la maladie a-t-elle eu une durée aussi longue, contrairement à ce que j'observe d'habitude? Je ne puis le dire, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il reste beaucoup à apprendre en matière de diphtérie et qu'il ne s'agit nullement d'une maladie à cycle défini ; certains cas, parfaitement authentiques, durent deux ou trois jours ; d'autres se prolongent six mois et plus. J'ai observé, en même temps que des confrères compétents, des exemples indiscutables de ces deux formes si différentes.

Dans mes deux cas, la maladie n'a donc pas été influencée par le traitement au même degré que je le constate en général, mais quant à cette supposition que c'est le traitement qui est cause de la repullulation des fausses membranes, je la rejette absolument, étant donnés les cas déjà nombreux (une vingtaine) dans lesquels le traitement avait une influence évidente sur la diminution et la disparition des fausses membranes. Bien plus, il m'est arrivé plusieurs fois de noter une recrudescence, alors que, vers la fin de la malade, comme il n'y avait plus que très peu de produits diphtériques, j'avais cru pouvoir espacer davantage les ablations suivies d'applications du collutoire phéno-camphré.

La communication de M. Le Roy, pas plus que les deux cas vraiment exceptionnels que j'ai rencontrés, ne m'empêchera donc pas d'accorder ma confiance au traitement de M. Gaucher qui, lorsqu'il est bien appliqué et à moins d'exception rare, a la vertu de limiter le développement des fausses membranes et de rendre moins virulents les bacilles pathogènes, ainsi que le montre la diminution rapide de l'empâtement périganglionnaire observée plusieurs fois dans des cas mis en traitement d'une façon un peu tardive.

En résumé, on n'a pas de peine à reconnaître, dans le travail de notre collègue, l'influence d'un courant d'opinion que soutiennent quelques médecins, à savoir que nous sommes nuisibles en « irritant la muqueuse par nos ablations et nos applications de collutoire phéno-camphré ». Il faudrait savoir jusqu'à quel point nous l'irritons, mais, quoi qu'il en soit, l'observation de M. Le Roy, pas plus que les deux miennes, ne me paraît suffisante pour démontrer la vérité de cette assertion, car ce sont là, je le répète, des faits tout à fait exceptionnels ; j'ai actuellement traité un assez grand nombre de diphtéries pour l'affirmer.

En terminant, je profite de l'occasion qui m'est offerte pour déclarer que j'ai actuellement une « série heureuse » de 23 cas traités par la méthode de M. Gaucher, sans que j'aie perdu un seul de mes malades.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies de la peau, par le Dr L. Brocq (Oct. Doin, édit., Paris, 1890).

Voilà un bel et bon livre qui, j'en suis sûr, doit déjà être connu de tous ceux qui veulent être à même de traiter les maladies de peau qui peuvent se présenter à eux. Ils sont nombreux, ce sont les praticiens. Aussi j'ai peur d'arriver bien tard pour dire ma note dans le concert d'éloges que mérite cet ouvrage bien digne de l'auteur qui l'a écrit. Tout le monde connaît notre plus jeune dermatologiste, mais certainement déjà un de nos maîtres les plus autorisés. Si en France il n'est bien et justement apprécié que par ceux qui s'occupent plus spécialement des affections de la peau, il est en revanche le dermatologiste peut-être le plus sincèrement estimé à l'étranger et surtout par les Américains. Les articles du reste qu'il a publiés dans les journaux de l'Amérique, les relations qui se sont établies pour des travaux communs avec les Américains, ont fait à juste droit traverser l'Atlantique à sa jeune et solide renommée.

Le livre qu'il vient de publier achèvera sa réputation. Il est impossible d'être plus complet, plus concis et plus clair, dans un travail plus confus, plus difficile et plus ardu.

Il fallait faire un traité des maladies de la peau et ne pas le faire ; ne dire que ce qui était absolument nécessaire pour permettre de faire un diagnostic d'où découlerait le traitement, but essentiel du livre.

Ce traitement était difficile à faire, il fallait éviter les redites, la monotonie ; appliquer judicieusement chaque modification de traitement suivant les formes et les variétés parfois incalculées de certaines affections de la peau. En se montrant thérapeute consommé, éru-

dit, M. Brocq nous couvre d'une pluie bienfaisante de formules élégantes et efficaces, s'appropriant à tous les cas et répondant à toutes les demandes.

On trouve depuis les cosmétiques les plus raffinés, qu'accepteront avec joie nos mondaines les plus exquises, jusqu'aux formules savantes les plus rébarbatives et les plus énergiques. Il ne faut pas, semble nous dire M. Brocq, lorsqu'on s'occupe de la peau, ne s'occuper que de celle qui est malade; la peau normale, délicate, doit être soignée pour rester fine et satinée. Il n'y aura pas que nous autres médecins qui devront de la reconnaissance au Dr Brocq, je suis sûr qu'il sera redevable à ces formules de nombre de jolis sourires.

L'ordre choisi est l'ordre alphabétique; c'est-à-dire l'ordre à la portée de tous ceux qui iraient au maître pour avoir un renseignement, que les études antécédentes n'ont pas suffisamment préparés pour trouver rapidement le point cherché au milieu des groupements souvent artificiels de la dermatologie. Et puis faut-il le dire, il y a de la part de M. Brocq une sorte d'excuse, c'est l'impuissance où l'on est actuellement d'établir une classification en dermatologie. Or faire quelque chose d'imparfait, risquer ou adopter une classification que dans son esprit il ne trouverait pas irréprochable, est pour notre auteur une impossibilité à laquelle la droiture de sa conscience se refuse obstinément.

En terminant je manifesterai une seule crainte, ce sera le seul reproche. Je crains qu'on ne juge inutile d'étudier les maladies de peau. On trouvera suffisant d'ouvrir le livre de M. Brocq à l'endroit voulu et de guérir son malade. J'irai plus loin : le malade pourra se traiter lui-même quand on lui aura donné le diagnostic.

F. Verchère.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le Dr Franz Kœnig. Tome III. 2e fascicule, Lecrosnier, et Babé édit. Paris 1890.

J. Comte, le traducteur de l'ouvrage, classique à l'étranger, de M. F. Kœnig, vient de terminer en peu temps, ainsi qu'il l'avait promis, la tâche qu'il avait entreprise. On ne saurait trop le louer de l'empressement qu'il a mis à faire paraître en temps voulu tout l'ouvrage de Kœnig. On sait combien rapidement se modifient les théories, et plus rapidement encore les opinions et les traitements mis en pratique. Pour être au courant, pour être de son jour (on ne dit plus de son siècle), il faut aller vite et se montrer tout entier. Attendre plus d'un an pour faire paraître un volume que l'on prépare, que l'on étudie, que l'on travaille, c'est attendre de ne plus être compris, d'être devancé, d'être parmi les oubliés, avant d'être parmi les connus.

Les conseils de Boileau ne sont plus de mode.

Nos auteurs d'à présent ont changé de méthode, et perdrait son temps celui qui remettrait l'ouvrage sur le métier, le polirait sans cesse et le repolirait,

Il faut se mettre à plusieurs, formant une église, et simultanément apporter chacun une petite pierre à l'édifice commun. Tous partent du même pied, les uns marchent vite et bien, les autres suivent tant bien que mal en boitant, enfin, les derniers travailleurs, presque toujours consciencieux, mais d'esprit lent et pondéré, ne peuvent suivre et ne donnent plus que de la copie qui fait peine à lire et gagnerait à être revue et remaniée par l'auteur. Hélas ! cela ne lui est pas permis, il faut qu'elle paraisse; on l'insère au milieu d'autres articles, elle passera dans la masse et voilà l'ouvrage constitué.

Ah ! on espère l'unité des vues et de théories parce que l'on s'est choisi, parce que l'on s'est complimenté et enrégimenté dans le même but intéressé et égoïste; il ne faut pas connaître les hommes et leur manière de travailler pour conserver ce fallacieux espoir, on n'arrivera jamais à faire exécuter à un orchestre une œuvre magistrale sans avoir fait répéter entre eux les musiciens, quel que soit leur talent et sans leur donner le temps d'étudier l'œuvre entière. Paraître vite, et être connu tel est le but. Etre lu, tel est le moyen.

Ces défauts de la manière de produire actuelle et dont on peut trouver des preuves navrantes dans quelque traité de chirurgie actuel, M. Comte a su en préserver l'ouvrage qu'il vient de traduire. Il a pris l'œuvre d'un seul auteur, d'un maître en son pays, et en peu de temps il a pu le faire connaître aux lecteurs français. C'est donc une œuvre d'ensemble faite sous la même impulsion, dans le même esprit du premier volume au dernier. En trois volumes il a pu réunir tout ce qui a trait à la chirurgie et à la chirurgie uniquement, en laissant de côté l'ophthalmologie, l'otologie, la laryngologie et même la gynécologie.

Dans le dernier fascicule que nous devons signaler aujourd'hui nous trouvons décrites les affections du membre inférieur : la hanche, la cuisse, le genou, la jambe et le pied.

Outre les descriptions didactiques, et les aperçus théoriques, on trouvera dans ce volume à la fin de chacun des chapitres un paragraphe de médecine opératoire de la région dont les affections ont été étudiées dans le cours même du chapitre. Faisant rentrer la médecine opératoire dans le traitement chirurgical, l'auteur a cru, avec juste raison devoir exposer par exemple le mode opératoire des résections du genou à la suite de l'étude des affections du genou, les désarticulations, etc., puis les amputations de jambes après le chapitre traitant des affections de la jambe, enfin toutes les opérations se pratiquant sur le pied sont exposées et permettent à celui qui voudra étudier dans ce livre, je le répète, d'une grande utilité pratique, d'apprendre à exécuter lui-même les opérations que dans les traités de chirurgie habituels, on se contente de nommer, renvoyant ainsi le lecteur aux traités de médecine opératoire.

Nous félicitons encore en terminant M. Comte, et nous sommes sûrs que ceux qui dans le livre de F. Kœniz auront étudié la chirurgie se joindront à nous.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Sur un cas de tabes dorsal consécutif à l'influenza, par LIVIERATO. (*Gazetta degli ospitali*, 27 juillet 1890.) — Les affections du système nerveux consécutives aux maladies aiguës infectieuses sont connues depuis la plus haute antiquité.

L'influenza est de ce nombre : c'est ainsi qu'on a déjà signalé à la suite de cette maladie : l'épilepsie jacksonnienne (Bilhaut) ; la paraplégie (Bilhaut, Lacove, Leyden); l'hystérie (Bouchard, Duhomme); la polyomyélite aiguë (Laveran, Féréol, Drasche); la myélite (da Costa); la paralysie faciale (Dona); l'aphasie, la chorée et la paralysie de la vessie (Eicchorst); la névrite multiple dégénérative (Remak).

Le tabes dorsal n'a encore été signalé nulle part et c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation que nous allons analyser brièvement :

R. E. 40 ans : pas de maladies héréditaires dans la famille; aucune maladie dans les antécédents. A vingt ans, il a eu un chancre mou dont il a été complètement guéri en peu de temps.

Il boit et fume modérement et n'abuse pas des femmes.

La maladie actuelle a commencé dans les premiers jours de janvier par tous les symptômes de l'influenza.

Une semaine après, tous ces symptômes disparurent; il ne persiste que la faiblesse des membres inférieurs à laquelle s'ajoute une dysurie caractérisée pour la difficulté de la miction pour laquelle le malade devait utiliser tous les muscles auxiliaires, et aussi la constipation. Tous ces troubles allèrent peu à peu en augmentant et arrivèrent à une véritable parésie avec sensation de froid et de fourmillements légers dans les membres inférieurs.

Il entre à la clinique du professeur Maragliano (de Gênes) le 14 février 1890.

ÉTAT ACTUEL. — *L'examen des yeux* révéle le phénomène de Robertson. Affaiblissement de la vue à droite : l'acuité visuelle est plus grande au centre. A l'examen ophthalmoscopique : atrophie de la papille, qui est de couleur nacrée au centre, grisâtre à la périphérie. Les veines de la papille sont tortueuses, quelques-unes turgides; les artères à peu près invisibles. Aucune altération correspondante des vaisseaux rétiniens. A gauche, on observe les mêmes phénomènes, mais ils sont moins marqués. L'acuité visuelle est presque abolie à droite ; elle est diminuée à gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel, qui porte surtout sur les couleurs rouge et verte. Le rétrécissement est beaucoup plus marqué à droite.

Station et marche. Le malade ne conserve que difficilement et pendant peu de temps la position militaire : cette difficulté augmente encore notablement quand on lui bande les yeux. Il oscille alors et est prêt à tomber.

Marche vacillante, ataxique par moments. Il ne peut marcher sans bâton, et les désordres augmentent énormément lorsqu'on lui bande les yeux.

Sensibilité. — Aux membres inférieurs, sensibilité tactile et thermique intactes. Sensibilité à la douleur quelque peu exagérée, sens musculaire intact. Réflexes cutanés diminués aux jambes et aux pieds. *Réflexe du genou et du crémaster complètement abolis.*

En définitive, la rigidité de la pupille, l'atrophie de la papille et les troubles visuels consécutifs, et l'abolition des reflexes patellaires suffisaient à diagnostiquer le *tabes dorsal*.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation, c'est que cet homme parfaitement sain jusque-là à présenté ces accidents *à la suite de l'influenza*. Dans ses antécédents on ne retrouve aucune des causes habituelles du tabes, par d'abus sexuels, pas de traumatismes, pas d'excitations psychiques, pas de *syphilis*.

La marche consécutive des accidents ne fit d'ailleurs que confirmer le diagnostic.

L'auteur insiste sur ce point que tous ces phénomènes apparurent graduellement à la suite de l'influenza avec une succession non interrompue.

L. GREFFIER.

Sur le diagnostic et le traitement de la métrorrhagie, par W. EDIS, M. D. Lond., F. R. C. P. (*British médical journal*, juin 1890.) — Il n'est guère de médecin qui, au bout de quelque temps de pratique, n'ait été embarrassé tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement dans certaines hémorrhagies utérines graves. Voici les remarques que M. Edis fait sur ce sujet.

La menstruation est influencée par une foule de conditions locales et générales. L'hémorrhagie peut être simplement l'expression d'une tension vasculaire exagérée pour laquelle la muqueuse utérine représente pour ainsi dire une soupape de sûreté, en ce cas l'hémorrhagie peut être un bénéfice, mais d'une manière générale un diagnostic exact est indispensable pour donner une direction correcte au traitement. Avant de procéder à l'examen local on éliminera les causes constitutionnelles associées aux troubles fonctionnels du cœur, du foie, des reins. Le diagnostic est particulièrement difficile à l'époque de la ménopause; des hémorrhagies profuses surviennent alors que les règles ont fait défaut pendant plusieurs mois. Après avoir éliminé les causes générales, on dirigera son attention sur les causes locales qu'on détermine aussi exactement que possible : fausse couche, rétention placentaire, subinvolution et déchirure du col, endométrite, hématocèle, tumeurs de toute nature du corps et du col, rétroflexion de l'utérus avec ou sans prolapsus de l'un ou des deux ovaires.

Il faut songer à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, d'une dégénérescence kystique du chorion, de l'inversion utérine.

Le plan du traitement est conçu d'après la nature des causes. S'il existe quelque cause constitutionnelle, il ne faut pas se hâter de lutter contre l'hémorrhagie s'il

n'y a pas péril ; on a vu des métrorrhagies amender les accidents dans le cours d'une maladie cardiaque. Le strophantus, la digitale et l'aconit ont rendu des services dans cette circonstance. S'il existe des troubles dans les fonctions hépatiques, il faut surveiller le régime, supprimer l'alcool, administrer du calomel, des purgatifs. Si les reins souffrent, il faut exciter les fonctions vicariantes de la peau et de l'intestin. Dans les ménorrhagies de la chlorose, on prescrira le bromure de potassium, le fer et la strychnine dans l'intervalle des époques, et la malade évitera de se serrer et de se fatiguer. L'hémophilie, le scorbut, la malaria, l'intoxication saturnine peuvent expliquer une hémorrhagie utérine.

Si une métrorrhagie persiste malgré le traitement général et sans causes apparentes locales, il faut pousser plus loin l'examen, dilater le col et explorer l'intérieur de l'utérus. Ces hémorrhagies persistantes peuvent être dues à une tumeur intra-utérine, polype muqueux, à la rétention du produit de la conception, à l'état fongueux de la muqueuse. Il faut éviter de tamponner le vagin, c'est un moyen irrationnel, et on aura recours à la dilatation du col par l'introduction de corps dilatables, sans risquer de voir le sang refluer par les trompes.

Lorsque tous les moyens ont échoué et qu'on ne peut se faire une idée de la cause de l'hémorrhagie, on pourra utiliser les douches vaginales chaudes ou même un lavage intra-utérin avec une sonde à double courant.

Quant aux médicaments capables d'arrêter ou de restreindre une hémorrhagie utérine, ils sont peu nombreux. On compte l'ergot, un des plus puissants, l'hydrastis canadensis, excellent agent très peu connu, l'hamamelis qui est parfois utile, la quinine et la strychnine, le bromure de potassium dans les cas d'irritation ovarienne ou même dans le cas d'hématocèle, le chlorate de potasse associé à l'ergot, l'opium, la digitale et le fer en cas de complication cardiaque.

J. L.

La cocaïne est-elle aphrodisiaque? — Richardson a rapporté le fait d'une femme mariée, à manières réservées et à maintien modeste, qui, ayant à subir une légère opération chirurgicale, prit au préalable, en injection hypodermique, une dose assez légère de cocaïne. Il se produisit alors de l'excitation érotique que les paroles et les gestes de la malade traduisirent d'une façon non équivoque. L'opération dût être remise au lendemain. Le lendemain, même scène, quoique moins accentuée, sous l'influence d'une dose plus petite encore. Des faits semblables avaient été signalés par Sandré et par Cunningham.

La plupart des traités de thérapeutique ne mentionnent pas cette propriété de la coca et de son alcoloïde. Cependant il est de fait qu'au Pérou même les naturels ne l'ignorent pas. Léopold Casper, de Berlin, regarde la coca comme étant un de nos meilleurs toniques génitaux.

Conclusions pratiques : la coca et la cocaïne peuvent être utilisées dans le traitement de certaines formes d'impuissance. Il est bon de toujours songer, quand on donne de la cocaïne, à l'excitation sexuelle qu'elle peut produire, et n'en jamais administrer à une femme sans qu'une tierce personne, amie de la malade, ne soit là comme témoin, tout comme pour le chloroforme. (*Un méd. du Canada.*)

Les paralysies des muscles du larynx dans le cours du tabes dorsal par le Dr Robert Dreyfuss, in *Virchow's Arch. für pat. Anat.*, etc. 120 Band, 1890. — Dans ce travail qui peut être considéré comme une revue critique de la question, l'auteur a rassemblé et rapidement résumé toutes les observations publiées jusqu'ici sur ce sujet. Ces observations peuvent se décomposer de la façon suivante : 20 cas de paralysie double des dilatateurs de la glotte; 4 cas de paralysie limitée à l'un de ces muscles; 1 cas de paralysie récurrentielle complète, double; enfin 4 faits de paralysie récurrentielle unilatérale.

L'auteur insiste sur la rareté relative des paralysies laryngées dans le cours de l'ataxie. Lui-même, sur 22 ataxiques, n'a observé que deux cas de paralysie laryngée. A ce point de vue il reconnaît être en désaccord avec les assertions de Fano et de Krause. Le premier de ces auteurs aurait effectivement observé 10 faits de parésie des adducteurs sur un total de 36 ataxiques ; quatre fois il aurait constaté l'immobilité d'une corde vocale et huit fois une diminution du mouvement d'abduction des cordes. Il aurait, en outre, observé chez 30 de ses malades une diminution de la sensibilité du voile du palais et du pharynx et 9 fois du larynx. Enfin, il aurait rencontré dans 5 cas un abaissement de l'épiglotte, tenant à la parésie des faisceaux musculaires élévateurs de cet opercule.

Krause de son côté, sur 38 faits de tabes, aurait noté 13 fois des symptômes parétiques ou paralytiques, présentant cette particularité de paraître et de disparaître à plusieurs reprises. On ne peut s'empêcher d'être surpris des résultats tout différents auxquels Dreyfuss a été conduit par ses recherches. En effet, les deux seuls malades qui, sur un total de 22, révélèrent, à l'examen laryngoscopique, des signes de parésie laryngée, n'éprouvaient subjectivement aucun trouble de la respiration ni de la phonation. Ils ne présentaient d'autre part aucun trouble de la sensibilité pharyngo-laryngée et l'épiglotte n'était pas abaissée sur l'ouverture du larynx. Chez tous deux existait un commencement de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

En présence de cette contradiction, Dreyfuss suppose que Fano a eu le tort de considérer comme des troubles nerveux tabétiques des désordres légers de la motilité et de la sensibilité n'offrant avec le tabes que des rapports de coïncidence fortuite. Il critique également

l'interprétation de Krause relative à certains troubles de la motilité des cordes vocales observés par lui chez plusieurs tabétiques. Il pourait s'agir tout simplement, d'après lui, de ces mouvements spasmodiques des cordes vocales tels qu'en présentent souvent les malades tant soit peu nerveux, à un premier examen laryngoscopique.

Dreyfuss étudie aussi la question de la prétendue ataxie des muscles laryngés telle qu'elle a été décrite par Krause en Allemagne et Féréol en France. D'après lui il n'existe d'ataxie ni des abducteurs, ni des adducteurs de la glotte qui soit assimilable à l'ataxie caractéristique du tabes. En effet, les troubles laryngés décrits par les deux auteurs précédents, essentiellement transitoires et paroxystiques diffèrent radicalement des troubles de la coordination des mouvements propres au tabes qui surviennent invariablement à toute tentative de mouvement. A plus forte raison ne saurait-on admettre, d'après l'auteur, d'ataxie pour l'abduction des cordes vocales, puisque cette fonction est confiée à un seul muscle et que l'ataxie implique le désordre de tout un groupe musculaire.

Une autre question discutée par l'auteur est celle, si controversée, du rôle respectif des différents muscles du larynx dans la production du syndrome caractérisé par le défaut d'écartement des cordes vocales, au moment de l'inspiration. S'agit-il d'une contracture primitive des adducteurs, comme le veut Krause, ou bien la paralysie des abducteurs constitue-t-elle la lésion primordiale? Dreyfuss se montre partisan de la seconde interprétation, et contre la première hypothèse il invoque plusieurs arguments.

1° On observe souvent chez les tabétiques, en même temps que le défaut d'abduction inspiratoire des cordes vocales, des paralysies indiscutables de muscles innervés par d'autres nerfs crâniens (paralysie oculaire). Pourquoi les noyaux du vague et du spinal feraient-ils exception à la loi commune? 2° l'auteur insiste sur l'accélération du pouls observé chez plusieurs tabétiques atteints de troubles laryngés et qui tendrait à faire admettre une paralysie du nerf vague; 3° dans un cas rapporté par Landgraf il existait une paralysie incontestable des muscles innervés par le spinal (sterno-cléido-mastoïdien et trapèze.) Faut-il donc admettre une paralysie du rameau externe coïncidant avec une irritation permanente du rameau interne? 4° il cite une autopsie où l'on trouva une atrophie limitée aux dilatateurs avec intégrité des autres muscles laryngés; 5° une contracture irritative persistant des années serait inconnue en neuro pathologie (l'auteur semble oublier les contractures hystériques!).

La seule hypothèse qui lui semble ne pouvoir être ni réfutée ni prouvée est celle d'une contracture primitive et transitoire des adducteurs, entraînant au bout de quelque temps l'atrophie des dilatateurs condamnés à l'inactivité.

L'auteur termine son travail par quelques considérations générales sur les paralysies laryngées des tabétiques, notamment sur leur époque d'apparition, sur leurs rapports de coïncidence avec les crises laryngées et sur leur curabilité.

A propos de ce dernier point, Dreyfuss refuse à la cocaïne préconisée par quelques auteurs une autre efficacité que des effets purement transitoires. L'iodure de potassium devra être essayé chez les syphilitiques, car, bien que ces paralysies paraissent plus tenaces que celles des muscles oculaires, il existe des exemples de guérison ou d'amélioration, par la médication iodurée (faits de Fournier et de Ziegelmeyer) qui, malgré leur infime proportion ne doivent pas être dédaignés.

Le travail de Dreyfuss est suivi d'un index bibliographique très complet auquel nous renvoyons les lecteurs désireux de prendre connaissance de l'historique de la question.

LUC. (*Arch. de laryng.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre 1890. — Présidence de M. TARNIER.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre du MINISTRE DE L'INTÉRIEUR demandant à l'Académie, conformément à un avis émis par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, de classer les eaux minérales en deux catégories : *a*) celles qui, en raison de leur nature et de leur faible minéralisation, peuvent être consommées sans ordonnance de médecin et vendues librement; *b*) celles qui ne pourraient être délivrées au public que par les pharmaciens et sur prescription magistrale; 2° une lettre de M. le docteur L. HUGOUNENQ (de Lyon) qui se porte candidat au titre de correspondant national; 3° un mémoire intitulé : *De l'air chaud dans les poumons*, par le docteur E. MAGNANT (de Gondrecourt); 4° une lettre de M. le docteur PIGEON (de Fourchambault) relative au dernier rapport de l'inspecteur général des services sanitaires.

Prothèse des apophyses géni. — M. A. GUÉRIN donne lecture d'un rapport sur un travail présenté sous ce titre par M. Guermonprez (de Lille), dans une des dernières séances de l'Académie.

M. Guermonprez ayant dû enlever la pièce prothétique le dixième jour parce que la lèvre inférieure retombait en avant et laissait échapper une partie de la salive, M. Guérin ne croit pas que l'observation de M. Guermonprez puisse être donnée comme un exemple de prothèse des apophyses géni : l'idée d'une pièce métallique interposée entre les deux fragments du maxillaire n'est du reste pas nouvelle. M. Verneuil a réclamé et, avant lui, Rigal (de Gaillac) avait proposé de maintenir les parties écartées par un corps intermédiaire. Cette idée théorique n'a pas encore été mise en pratique de manière à établir la possibilité de la prothèse des apophyses géni.

Les branches du maxillaire inférieur ont toujours de la tendance à se rapprocher; elles subissent, en outre, un mouvement de torsion d'avant en arrière. Aussi ne faut-il recourir à la résection de la partie médiane du maxillaire inférieur que dans les cas où l'opération s'impose.

Il résulte de l'observation du malade de M. Guermonprez que la totalité du mal n'a pu être enlevée ; d'autre part, cette observation a été communiquée à l'Académie un mois seulement après l'opération : or ce n'est pas là un laps de temps suffisant pour permettre d'affirmer que l'opération a prolongé les jours du malade.

De l'amblyopie des astigmates. — M. JAVAL. Dans un travail adressé à l'Académie par M. Martin (de Bordeaux), cet auteur a démontré que l'astigmatisme faible, considéré comme négligeable par les auteurs classiques, est bien plus souvent une cause d'asthénopie que l'astigmatique fort. M. Martin a, en outre, donné l'explication du fait en se fondant sur l'existence, dans les cas d'astigmatisme faible, de l'accommodation astigmatique du cristallin, qui ne se produit pas dans l'astigmatisme fort. Sans vouloir rendre l'astigmatisme responsable de toutes les maladies des yeux, comme le prétend M. Martin, il n'en reste pas moins acquis que beaucoup de migraines, de kératites, de conjonctivites, de blépharites guérissent quand on corrige l'astigmatisme.

Il est également certain qu'il existe des relations de cause à effet entre l'astigmatisme et le glaucome, entre l'astigmatisme et la myopie.

Il faut donc rechercher l'astigmatisme chez tout enfant dont la vue laisse tant soit peu à désirer.

Nouveau procédé opératoire du strabisme par avancement musculaire. — M. JAVAL lit un rapport à l'occasion d'un travail de M. Motais (d'Angers) sur ce sujet.

L'auteur estime que le procédé *d'avancement à languette médiane adhérente* de M. Motais présente l'avantage évident d'éviter l'aggravation du strabisme qui se produit dans le procédé ordinaire quand la suture vient à manquer. L'auteur l'ayant mis en pratique dix-huit fois, on peut le recommander en toute sécurité.

Pleurotomie postérieure. Lavages pleuraux. — M. HACHE (de Beyrouth) fait une communication sur deux cas où il a eu à se louer de la pleurotomie postérieure, telle qu'elle a été décrite en 1888 par Walther. Le drainage est parfait, dans une attitude qui ne fatigue pas le malade. L'opération est plus difficile que par le procédé ancien, mais elle est encore aisée.

M. Hache termine par des considérations sur le lavage pleural. Il se déclare partisan du lavage immédiat, qui allonge simplement l'opération et n'a jamais été suivi d'accidents nerveux, et qui est utile pour évacuer le plus possible de fausses membranes. Il est adversaire, en principe, des lavages ultérieurs, sauf en cas de réinfection de la plèvre incisée.

Hystérectomie abdominale pour myômes. Pédiculisation à la ligature élastique perdue. — M. RICHELOT. Le pronostic de l'hystérectomie abdominale pour myômes s'est heureusement modifié ; il est aujourd'hui à peine plus grave que celui de l'ovariotomie, et s'il le reste c'est surtout parce qu'ici l'opération n'a jamais la simplicité de bien des ovariotomies. D'autre part, le traitement du pédicule, jugé pour l'ovariotomie, reste ici débattu : la réduction par le procédé de Schrœder ne donne pas une sécurité suffisante ; le traitement extra-péritonéal, moins dangereux, cause une longue suppuration, crée une cicatrice en entonnoir.

Aussi a-t-on depuis quelques années proposé de constituer le pédicule avec une ligature élastique perdue, et depuis 2 ans, M. Richelot a adopté cette manière de faire. Il a opéré 13 fois de la sorte et a eu 10 guérisons ; quant aux 3 morts, elles n'ont rien à voir avec la manière dont fut traité le pédicule et tiennent surtout à la gravité inhérente aux conditions anatomiques de l'opération. La ligature en général s'enkyste. Deux fois, au bout de un an et cinq mois, elle a été expulsée à travers le canal cervical.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 27 juin 1890. — *Présidence de* M. GOURAUD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. DE CRÉSANTIGNES lit à propos du procès-verbal une communication intitulée : « Note sur le traitement de la diphtérie ». (V. ci-dessus p. 578).

M. FERRAND. Les cas de diphtérie chronique analogues à ceux rapportés par M. de Crésantignes ne sont pas fréquents. Je me rappelle le fait suivant : un enfant de 6 mois, atteint d'angine avec croup, succombe après trachéotomie. Un jeune frère, qui avait été écarté, présente sur une des amygdales une plaque de diphtérie, de la dimension d'une pièce de 0,20. Elle persiste une quinzaine de jours, au bout desquels on fait changer l'enfant d'air ; pas de modification. La famille, dont j'étais aussi l'ami, prend de l'inquiétude et manifeste le désir d'essayer du traitement d'Ozanam, dont elle avait entendu parler. J'y accède volontiers et laisse pendant quelques jours la responsabilité du traitement à Ozanam qui administra du brome. Il y eut intoxication bromique : l'enfant, dont l'état général était très bon auparavant, fut pris de coryza intense avec état fébrile. La guérison se fit attendre encore quelques jours ; néanmoins la durée de ce cas de diphtérie n'a pas excédé 20 à 25 jours.

Quant à l'application des caustiques, je crains, en m'en servant, d'ouvrir à l'infection de nouvelles portes plus profondes, ayant conservé le souvenir des résultats peu favorables obtenus dans le service de Roger où tous les caustiques furent successivement employés et cela largement, en dépassant les fausses membranes.

Malgré cela, je dois dire qu'en ce qui concerne le traitement de M. Gaucher, mon expérience n'est pas faite, puisque je ne l'ai jamais employé.

M. DU CASTEL. L'acide phénique n'est pas caustique en certains cas. Je l'ai employé à 10 0/0 dans le traitement du chancre simple, timidement d'abord, puis, voyant qu'il était bien toléré, plus largement et à un titre plus élevé, même chez des malades atteints de chancres mous et de phimosis. Souvent j'ai pu éviter ainsi de leur fendre le gland.

M. LE BARON. En raison de la rareté des cas présentés comme étant des cas de diphtérie prolongée, ne peut-on mettre en doute la nature de la maladie diagnostiquée ?

M. FERRAND. Il n'y aurait qu'un seul moyen d'acquérir une certitude absolue, ce serait de faire des cultures.

M. TOLÉDANO. A propos des diphtéries de longue durée, je dirai qu'en 1880 j'en ai soigné un cas qui n'a guéri qu'au bout d'un mois ; il y a eu paralysie du voile du palais.

M. LE BARON. Ce dernier signe n'est pas suffisant pour affirmer qu'il s'agisse de diphtérie ; souvent une inflammation de la muqueuse entraîne la paralysie des muscles voisins.

M. le Président. Il est en effet souvent difficile d'assurer la nature de la maladie : les cultures sont le seul criterium. Elles peuvent aussi donner des indications au point de vue du pronostic : quand les bacilles de Loeffler sont reconnus en grande abondance, il s'agit d'un cas de diphtérie mortel; quand on en trouve peu, même dans des fausses membranes épaisses et étendues, les malades guérissent. Pour M. Simon, dans le service duquel ces recherches ont été faites, la chose paraît jugée.

M. de Crésantignes. Un de mes petits clients a eu pendant six mois une rhinite pseudo-membraneuse, dont l'influence sur l'état général a été absolument nulle. Les produits épais et abondants ramenés par les irrigations nasales présentaient tous les caractères macroscopiques des exsudats diphtériques. Ce malade a été vu à Paris par M. Gaucher qui avait diagnostiqué « diphtérie nasale », puis en province par les docteurs Denis (de Bruz), Regnault (de Rennes). Il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait de diphtérie, le début a eu lieu dans un foyer de diphtérie, trois autres enfants (frères et sœur du précédent) et une gouvernante ayant été pris d'une façon ne laissant aucune espèce de doute. — Ce cas est à rapprocher du fameux cas d'Izambert (diphtérie de 7 mois chez un étudiant en médecine).

M. le Président. Je ne crois guère à ces cas de diphtérie qui ne portaient pas atteinte à l'état général.

M. Ferrand. En pratique, il faut toujours se défier de toutes les angines blanches et, en cas de doute, se conduire comme si elles étaient diphtériques.

M. Moricourt fait une communication intitulée : « Rhumatismes des membres inférieurs. — Guérison par le cuivre et le zinc. (*France Médicale* n° 30 p. 469).

M. le Président. Ce malade ne serait-il pas un hystérique? Cela ne diminuerait pas le mérite de la guérison, mais pourrait modifier le titre de la communication. Le traitement proposé par M. Moricourt pourrait avantageusement être essayé dans les cas, assez fréquents, où on peut donner du salicylate.

M. Hallé. Comment M. Moricourt donne-t-il le médicament?

M. Moricourt. En pilules. Le malade ne présentait pas de stigmates d'hystérie.

Le Secrétaire,
Dr de Crésantignes

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Extrait de la séance du 9 juillet 1890.

M. Gibert résume ce qu'il a rencontré d'applicable au service des bureaux de bienfaisance de Paris, dans l'organisation de celui de Bordeaux :

1° Faire nommer dans chaque arrondissement par ses collègues un docteur chargé de servir d'intermédiaire entre les médecins et l'administration, toutes les plaintes devant d'abord lui être présentées.

2° Faire tous les quatre ans la revision des circonscriptions médicales, afin de maintenir autant que possible une répartition équitable.

3° Nommer des médecins adjoints appelés à devenir titulaires lors des vacances par décès ou démission.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

13e SECTION : DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE.

Méthode de traitement de la syphilis. — M. H. Leloir. (de Lille) Voici la méthode thérapeutique que j'emploie d'ordinaire dans le traitement de la syphilis.

Suivant l'intensité des phénomènes observés, je prescris au malade des frictions hydrargyriques quotidiennes, dont la dose varie de 2 à 4 gr. pendant 15 jours à 3 semaines suivant les cas, et je continue ainsi pendant les dix premiers mois.

J'ai soin pendant pendant les périodes de traitement et dans leurs intervalles, de traiter localement les syphilides au moyen de préparations hydrargyriques : emplâtre hydrargyrique pour les syphilides cutanées; pommades, solutions, lotions hydrargyriques pour les syphilides muqueuses.

Dans certaines formes de syphilides cutanées rebelles, je prescris les bains généraux renfermant 7 gr. de bichlorure environ. J'insiste sur l'hygiène de la bouche, la propreté, l'hygiène générale, et je m'efforce de tonifier autant que possible mon malade.

Dans bien des cas, lorsqu'il le peut, je lui recommande un séjour à la campagne ou au bord de la mer.

Au bout de 6 à 10 mois je ne fais plus faire de frictions mercurielles que pendant 10 jours, et j'accorde au malade un intervalle de repos variant de 3 à 6 semaines et même deux mois suivant le cas. Je continue ainsi pendant la fin de la première année et pendant la deuxième année de la syphilis.

J'ai soin de prescrire au malade des sudorifiques, quelques purgatifs et de l'exercice, pour faire circuler le mercure et éviter son accumulation. Dans quelques cas exceptionnels, lorsque le malade est atteint de céphalée persistante, de douleurs ostéocopes, résistant au traitement hydragyrique, je prescris momentanément 2 à 3 gr. d'iodure de potassium auxquels j'adjoins ordinairement 0,50 c. à 2 gr. de bromure de potassium.

A partir de la fin de la deuxième année, mon traitement varie beaucoup suivant les cas : lorsque le sujet est indemne complètement depuis un certain temps d'accidents syphilitiques je me borne à lui prescrire tous les trois mois 10 jours de frictions à la dose de 2 à 3 gr. Je ne prescris les préparations hydrargyriques internes que quand je ne puis pas faire autrement, car, par les troubles digestifs qu'elles amènent, comme l'a montré Jullien en 1890, elles sont une cause plus puissante de neurasthénie que les frictions.

Je les emploie chez les sujets auxquels les frictions répugnent pour différentes causes, chez les sujets auxquels je dois donner du mercure sans paraître leur en donner (femmes mariées contaminées, etc.), chez les sujets dont la peau trop irritable ne peut supporter les frictions (on parvient en général à éviter cet inconvénient en employant l'onguent mercuriel fraîchement préparé avec de l'axonge benzoïnée fraîche, en faisant bien nettoyer la peau douze heures après la friction, puis lotionner et poudrer), chez les sujets qui sont absolument obligés de cacher la thérapeutique qu'ils suivent. Quant aux injections sous-cutanées de sels solubles ou insolubles, je ne les emploie guère que dans la clientèle hospitalière et en particulier chez les filles

publiques, parce que ces dernières ont une tendance à ne pas prendre les médicaments qu'on leur donne.

Je n'ai pas besoin de dire que, en cas d'existence d'accidents syphilitiques, j'ai recours à un traitement dont l'intensité et la durée dépendent des phénomènes syphilitiques observés.

Si, à partir de la troisième ou de la quatrième année, mon malade a été indemne pendant plus d'un an de tout accident syphilitique, je me borne, par mesure de précaution, à lui faire faire deux fois dans l'année, au printemps et à l'automne, des frictions hydrargyriques pendant une dizaine de jours et à lui faire prendre, pendant un mois après chacun de ces traitements hydrargyriques, de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes pendant trois semaines.

D'une façon générale, j'évite autant que possible l'exagération de la thérapeutique mercurielle et iodée dont je redoute les effets. J'ai vu bien des fois l'altération de l'économie résultant de ces abus thérapeutiques avoir pour conséquence des phénomènes neurasthéniques graves.

J'ai même vu plusieurs fois ces phénomènes neurasthéniques, accompagnés ou non de dilatation de l'estomac, être pris pour des phénomènes de syphilis cérébrale ou cérébro-spinale; et le traitement mercuriel et iodé exagéré qui avait été la cause de ces troubles nerveux, venir encore par sa continuation et son augmentation graduelle, accroître les phénomènes neurasthéniques.

J'ai en ce moment présentes à l'esprit plusieurs observations qui peuvent se résumer de la façon suivante : le malade a contracté la syphilis. Il consulte un syphiligraphe qui le traite et le traite bien : des ennuis, des excès, la mauvaise hygiène, l'abus des préparations mercurielles et iodées déterminent chez le malade des phénomènes neurasthéniques qui, par la céphalée, les vertiges, les changements de caractère, les troubles de la mémoire, en imposent au médecin traitant et lui font poser le diagnostic : syphilis cérébrale Le diagnostic syphilis posé, la conséquence est toute simple, le traitement spécifique a été insuffisant, il faut l'augmenter. Malgré cette augmentation dans l'intensité du traitement, les troubles nerveux ne diminuent pas, tout au contraire ils augmentent. Le malade va retrouver son médecin, le médecin augmente encore les doses et c'est ainsi que, par un traitement spécifique prescrit d'une façon exagérée et inopportune, l'on voit s'accroître les phénomènes neurasthéniques.

Traitement de la syphilis du système nerveux. — M. J. Althaus (de Londres), après avoir rappelé l'évolution de nos connaissances sur ces lésions et sur l'emploi du mercure, recommande les règles suivantes :

1° *Le traitement prophylactique* est d'une haute importance, car ces lésions sont d'une gravité extrême. Une fois installées, si on les abandonne à elles-mêmes, elles sont à peu près invariablement mortelles; si on les traite, même bien, elles s'améliorent, mais le sujet reste sous la menace de récidives lentes ou brusques. Pour atténuer l'infection, il faut exciser le chancre toutes les fois que c'est possible, et d'autre part faire suivre trois mois de traitement mercuriel, aussitôt apparus les accidents secondaires. A cette période, le mercure agit comme un véritable parasiticide et blanchit réellement l'organisme. Que si ce traitement n'a pas été suivi, tous les sujets sont exposés aux accidents nerveux ; et surtout ceux dans lesquels il existe une diathèse nerveuse que l'auteur a trouvée dans 59,9 0/0 de ces cas, ou héréditaire ou acquise. Chez de tels sujets les chagrins, fatigues, privations, exposition au froid et à l'humidité, excès alcooliques et sexuels, travail intellectuel intense agissent comme causes excitantes des troubles nerveux spécifiques, etc. Et précisément pour cela nous devrons, par tous les moyens que nous possédons, tonifier le système nerveux des malades auxquels nous aurons pu faire suivre un traitement mercuriel attentif.

2° *Le traitement curatif* le meilleur consiste dans les injections hypodermiques répétées, à intervalles fixes, d'une préparation mercurielle insoluble, à faibles doses. Après avoir passé en revue les préparations conseillées, M. Althaus préconise le mercure métallique, incorporé à de la lanoline, puis mélangé à de l'huile phéniquée. Cette masse est d'une homogénéité parfaite, d'une grande stabilité. Son injection n'est ni douloureuse ni irritante, il ne se forme pas d'abcès, et on n'a à craindre la stomatite ni la dysentérie mercurielles. Il va sans dire d'autre part qu'on ne négligera pas l'iodure de potassium, les toniques généraux, et surtout l'électrisation à courants continus que l'auteur considère comme le meilleur moyen pour les lésions ordinaires consécutives aux lésions spécifiques.

A l'aide de ces moyens, surtout si on les met en œuvre de bonne heure, nous améliorerons sans doute le pronostic de la syphilis nerveuse.

Nature des exanthèmes médicaux. — M. Unna (de Hambourg) met en discussion le point de savoir si l'érythème à poussée illimitées, et les éruptions vésiculeuses, consécutifs à l'usage externe limité de certains médicaments (sublimé, iodoforme), doivent être regardés comme étant de même nature que les éruptions généralisées consécutives à l'usage interne de ces substances ou non. A ce sujet Behrend établit une distinction entre les substances qui, par leur action physiologique (paralysie des vasomoteurs), lèsent l'organisme et celles qui, introduites en masse dans le torrent circulatoire, produisent une irritation ; ce sont alors, comme il les appelle, les agents dynamiques.

Kœbner divise depuis des années les exanthèmes médicaux en exanthèmes de cause externe, et exanthèmes de cause interne. De ces dernières il admet deux espèces suivant que les substances agissent sous une petite quantité (quinine, digitale, antipyrine, salicylate de mercure) ou qu'elles n'ont d'effet qu'à hautes doses (iode, brome) et par accumulation. Kœbner pense que beaucoup de maladies de peau dont nous cherchons la cause dans la peau même sont produites par une cause interne.

15e SECTION : HYGIÈNE

Associations microbiennes. — MM. Cornil et Babès, afin de distinguer les divers modes de ces asssociations, proposent la classification suivante :

1° Association de microbes appartenant à des variétés très rapprochées de la même espèce : variétés très voisines du microbe de la pneumonie ou du bacille de la fièvre typhoïde dans ces deux maladies ;

2° Association à peu près constante d'un microbe avec un autre dans une maladie donnée : le streptococcus et le bacille de la diphthérie dans cette maladie ; le microbe de Schutz et celui de la septicémie hémorrhagique dans la fièvre typhoïde du cheval ;

3° Association, dans les maladies par plaies, de microbes

équivalents comme valeur pathogène; association de divers streptocoques, par exemple, avec un ou plusieurs staphylocoques;

4° Association accidentelle de microbes septiques où pyohémiques aux microbes des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, dysenterie, choléra, etc. Le plus grand nombre des cas rentre dans cette division. Souvent on peut déterminer la porte d'entrée des microbes secondaires, mais comme il n'en est pas ainsi, nous n'assimilons pas simplement les faits de cette catégorie aux conséquences des plaies;

5° Association dans laquelle le second microbe reste localisé et n'entre pas dans la lésion et les symptômes de la maladie primitive;

6° Association où les microbes secondaires dominent la scène et déterminent une maladie mortelle; par exemple, une broncho-pneumonie à la suite d'une tuberculose ancienne localisée ou, au contraire, une tuberculose miliaire à la suite d'une coqueluche;

7° Association d'un microbe pathogène avec un autre microbe habituellement inoffensif d'où résulte une maladie spéciale. Dans ce groupe rentrent certains faits de gangrène pulmonaire, notamment dus au staphylococcus aureus uni à des microbes pathogènes;

8° Association de bactéries à des parasites autres que des bactéries. Telle est l'union de bacilles septiques et hémorrhagiques au parasite de l'hémoglobinurie du bœuf; telle est l'association du bacille de la tuberculose et de l'aspergillus fumigatus (Cornil);

9° Bactéries et tumeurs. On sait, depuis Verneuil, que les tumeurs sont le siège de prédilection des bactéries. Nous ne sommes cependant pas en mesure d'affirmer l'origine parasitaire des tumeurs épithéliales;

10° Association des parasites autres que les bactéries à certaines mycoses pulmonaires (diphthérie des pigeons).

MEMENTO PRATIQUE

—

Injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. — Le bichlorydrate est le plus soluble des sels de quinine; il est aussi riche en alcaloïde que le monochlorydrate; ses solutions dans l'eau distillée se conservent sans altération; elles peuvent être employées sans aucune précaution préalable, et sont assez chargées pour permettre d'injecter dans le contenu d'une seringue de Pravaz de 50 à 75 centigrammes de sel actif. On n'a donc pas besoin de multiplier les injections, qui ne déterminent, du reste, qu'une douleur insignifiante, et ne donnent lieu à aucun accident, ni local, ni général.

Des solutions de bichlorhydrate de quinine sont donc incontestablement supérieures à toutes les autres, et nous ne comprenons même pas que leurs avantages n'aient pas été reconnus par tous ceux qui veulent administrer la quinine par la voie sous-cutanée. Ceux de nos maîtres et de nos collègues qui ont eu recours à notre solution ont été émerveillés des résultats qu'ils ont obtenus; nous citerons, en particulier, les professeurs G. Sée, Laboulbène et Grancher; les docteurs Letulle et Chantemesse, médecins des hôpitaux. Pour éviter toute recherche à ceux de nos confrères qui jugeraient à propos de l'essayer, nous rappelons que la solution dont nous faisons habituellement usage, doit être formulée :

Bichlorhydrate de quinine.....	5 grammes
Eau distillée.....	Q. S. pour faire 10 cent. cubes.

(1 centimètre cube représente exactement 50 centigrammes de bichlorhydrate.)

A défaut de bichlorhydrate solide, les pharmaciens peuvent utiliser le chlorhydrate basique du commerce, et préparer, en quelques minutes, une solution identique à la précédente en opérant comme il suit : étendre avec de l'eau distillée une certaine quantité d'acide chlorhydrique pur, jusqu'à ce que la liqueur donne au pèse-urine une densité de 1,045 à + 15 degrés. Introduire dans une petite éprouvette graduée 5 grammes de chlorhydrate basique de quinine; ajouter 5 centimètres cubes de la solution acide précédente; compléter avec de l'eau distillée pour faire 10 centimètres cubes, et filtrer.

Cette solution peut-être faite à l'avance, car elle se conserve bien; elle est très acide au tournesol, mais *non caustique*; elle ne renferme pas d'acide chlorhydrique libre, les quantités mentionnées plus haut ayant été calculées pour transformer intégralement le chlorhydrate basique en bichlorhydrate chimiquement neutre. Dr[s] de Beurmann et Villejean. (*Conc. méd.*)

Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prœvia, par M. Audry. — L'auteur, interne de M. Fochier, recommande le procédé suivant et, à l'appui de son argumentation, publie deux observations où le succès a été complet (*Lyon Méd.* 18 mai 1890, p. 75).

Voici ce procédé :

On tamponne l'utérus avec des bandes de gaze iodoformée; puis l'utérus une fois rempli, le segment inférieur bien distendu, on se contente de maintenir vigoureusement le tampon avec deux ou quatre doigts introduits dans le vagin pendant que l'autre main ou un corps pesant (sac de plomb, de sable, etc.) presse pardessus le pubis. Une fois l'hémorrhagie arrêtée, on retire la main et on abandonne le tampon qui est fixé.

Si l'on a à sa disposition des aides et des instruments il vaudra mieux sans doute maintenir le col avec des pinces; mais cette manœuvre n'a rien d'indispensable; avec une main dans l'utérus et une pince à polype on n'éprouvera pas de difficultés sérieuses à faire un tamponnement intra-utérin irréprochable.

Autant que possible, il est bon de prolonger le contact du corps absorbant et compressif avec la surface saignante jusqu'à ce que les caillots soient solidement constitués.

Cependant, si des signes d'infection ou d'intoxication se manifestaient, on pourrait dès la huitième heure procéder à la prudente ablation des tampons. Enfin, on fera suivre le détamponnement d'un lavage intra-utérin tiède, sous faible pression.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Les parents sont responsables des soins donnés à leurs enfants majeurs.

Nous devons à la persistance de nos confrères Leroy des Barres et Badaire un jugement qui présente un grand intérêt professionnel et qui établit que les parents sont responsables des soins donnés à leurs enfants alors même que ceux-ci sont majeurs et ont cessé d'habiter le domicile paternel.

Attendu que Badaire et Leroy des Barres, docteurs en médecine, justifient avoir donné des soins médicaux et chirurgicaux, au commencement de 1887, à Langlier fils, ouvrier maraîcher, qui habitait alors en garni chez un sieur Mougue, marchand de vins, principal locataire d'un immeuble important sis à Saint-Denis, et appartenant à Langlier père;

Attendu qu'après le décès de Langlier fils mort dans un hôpital de Paris où il avait été transporté, les demandeurs ont vainement tenté d'obtenir à l'amiable des époux Langlier le paiement de leurs honoraires; qu'ils ont introduit contre les époux Langlier la demande actuelle;

Attendu que la somme totale de 585 fr. demandée se compose de 485 fr. réclamés par Badaire pour visites, assistance à une opération faite par Leroy des Barres, et visites et pansements consécutifs, et 100 fr. demandés par Leroy des Barres pour opération et pour consultations;

Que cette somme de 585 fr. n'est pas exagérée, étant donnée la situation des médecins qui la réclament et l'état dans lequel se trouvait le malade : qu'elle n'est pas hors de proportion avec la situation pécuniaire des époux Langlier qui ont une fortune assez considérable ;

Attendu, au surplus, que les époux Langlier père et mère ne contestent ni les soins donnés à leur fils ni la somme réclamée, mais qu'ils se défendent contre la demande dont il sont l'objet, en alléguant que les soins donnés à leur fils majeur par Badaire et par Leroy des Barres ont donné naissance à une dette personnelle, qu'ils ne peuvent être tenus de payer, puisqu'ils ont renoncé à sa succession ;

Attendu que, sans qu'il soit besoin de rechercher si les époux Langlier ont, comme le prétendent les demandeurs, fait acte d'héritiers en s'emparant des effets d'habillements et de la montre de leur fils, il convient d'écarter leur système;

Attendu, en effet, qu'il est constant qu'à l'époque où les demandeurs ont soigné Langlier fils, ce dernier, absolument dénué de ressources et hors d'état de se livrer à aucun travail, était logé et nourri chez Mougue aux frais de ses père et mère qui, aux termes des articles 206 et 207 du Code civil, lui devaient des aliments;

Attendu que les demandeurs ont été appelés près de lui par une personne envoyée par sa mère, et que cette dernière a souvent assisté aux visites médicales et aux pansements;

Attendu que la dette alimentaire spécifiée par l'article 205 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments proprement dits, mais bien toutes les choses indispensables à la vie, comme le logement, les vêtements et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie ;

Attendu que les époux Langlier, qui ne donnaient à leur fils aucune somme d'argent pour subvenir à ses besoins, ont été, en vertu de l'obligation légale où ils étaient de lui fournir des aliments, tenus personnellement envers les demandeurs qui l'ont soigné, comme ils étaient tenus envers Mougue qui lui fournissait le logement et la nourriture ;

Qu'ils ne sauraient donc se soustraire au paiement des honoraires par eux dus pour les soins donnés au malades ;

Attendu que l'obligation alimentaire existant aussi bien pour la mère que pour le père il convient, en l'état, de prononcer condamnation solidaire entre les époux Langlier;

Par ces motifs,

Déclare les docteurs Badaire et Leroy des Barres bien fondés en leur demande contre les époux Langlier père et mère;

Condamne en conséquence les époux Langlier père et mère solidairement à payer auxdits demandeurs la somme de 585 francs, aux intérêts à 5 0/0 du jour de la demande,

Les condamne en outre en tous les dépens.

VARIÉTÉS

L'incendie de Notre-Dame de Paris en 1871, et les internes de l'Hôtel-Dieu

J'ai été quelque peu étonné, je l'avoue, en lisant dans le très documenté *Journal des Goncourt* le stupéfiant entrefilet suivant :

« Jeudi 4 mai. Le soir, Verlaine confesse une chose incroyable. Il déclare qu'il a dû combattre et empêcher une proposition qui voulait se produire : une proposition demandant la destruction de Notre-Dame de Paris. »

Très incroyable en vérité, le récit du *Pauvre Lélian*! M. de Goncourt serait-il mal servi par ses souvenirs, ou *le poète maudit* aurait-il voulu mystifier notre éminent confrère ? Autant de suppositions absurdes, sans aucun doute. N'y aurait-il pas là une simple confusion de nom avec un certain Verlain ou Varlin, auteur réel de cette motion conservatrice ? Ou plutôt tout cela ne serait-il qu'un conte, alors que la vérité *vraie* se trouverait consignée dans le feuilleton d'un journal médical, écrite presque au lendemain de l'événement (*Union médicale* du 1er juin 1871) ? Après tout c'est un point d'histoire qu'il importerait d'élucider, et à ce titre nous avons cru de notre devoir de citer cette page oubliée presque in extenso. Si ceci nous valait quelque communication authentique de témoins oculaires, nous estimerions que nous n'aurions pas tout à fait perdu notre temps:

C'est à l'Hôtel-Dieu que le drame a été émouvant. L'*Union médicale* enregistre avec un orgueil bien légi-

time ce fait, tout à l'honneur de notre grande famille médicale, à savoir que *si Notre-Dame a été sauvée de la destruction, la France le doit aux internes de l'Hôtel-Dieu. Les internes en pharmacie*, surtout de l'avis de tous les témoins de cette terrible scène, qui les ont vus pénétrer sans hésiter au milieu des flammes pour les éteindre, *ont été admirables*. Le récit que je suis heureux de donner ici, je le dois en partie à M. Hanot (1), interne de notre digne ami, le Dr Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

« Dans la nuit de mardi à mercredi, raconte M. Hanet, je m'était endormi sur un fauteuil dans la salle de garde. Vers trois heures du matin, je fus réveillé par des cris qui venaient de la rue ; je me mis à la fenêtre, et j'aperçus des hommes escortant une voiture chargée de barriques, et arrêtés devant la barricade du pont Notre-Dame. A la voix du chef qui commandait d'aller vite, les barriques furent mises à terre et roulées à travers une brèche pratiquée à la barricade, presque sur la place du Parvis... Au nom de la Commune, l'officier, demandait au concierge, qui l'avait abordé, une bougie, des vrilles, des sceaux, des balais, une pince de serrurier. Le ton était bref, menaçant. Les fusils étaient braqués : il fallait obéir. Un des infirmiers, chargé de satisfaire à ces ordres, apprit de ces hommes qu'ils avaient mission d'incendier Notre-Dame.

« Nous approchâmes de l'officier pour lui faire remarquer que mettre le feu à la cathédrale, c'était aussi compromettre, sacrifier même sûrement la vie de neuf cents malades ou blessés contenus dans l'hôpital : l'homme ne répondit que par monosyllables, réitéra ses ordres, nous ordonna de nous éloigner, et tourna les talons. Le directeur de l'Hôtel-Dieu était encore le fonctionnaire nommé par la Commune : nous le fîmes prévenir. Il descendit et eu avec l'officier un colloque qui dura une demi-heure environ, temps pendant lequel les objets demandés avaient été successivement remis. Il revint vers nous, et nous apprit que Notre-Dame ne serait pas immédiatement incendiée, qu'on en référerait au Comité de salut public, auquel on exposerait la situation et que, s'il était nécessaire, l'administration serait prévenue à l'avance. L'officier se retira avec sa troupe... Sur ces entrefaites, le jour était venu.

« Vers onze heures, un ouvrier qui avait vu sortir de la fumée de Notre-Dame, vint donner l'éveil à l'Hôtel-Dieu. *Un interne en pharmacie se trouvait là : il court avertir ses collègues alors à table.* Six de ces jeunes gens, à la fois pleins d'anxiété et d'indignation, s'empressent d'aller trouver le directeur et l'engagent à fournir des hommes et la pompe de l'Hôtel-Dieu pour éteindre le commencement d'incendie.

« Cette démarche n'ayant pas abouti, ils se rendent eux-mêmes à Notre-Dame. L'ouvrier qui avait donné l'alarme leur montra une petite colonne de fumée qui sortait par une lucarne ; quelques voisins se joignent à eux. Faisant alors appel à l'humanité, ces internes représentent qu'il y a à l'Hôtel-Dieu cent cinquante malheureux blessés défenseurs de la Commune et qu'ils vont être anéantis par son ordre. Ces quelques mots soulèvent l'indignation des assistants qui se joignent à la petite troupe.

« Le sonneur et le bedeau, malgré les menaces qu'avaient faites les incendiaires, livrent les clefs. On ouvre alors la porte d'entrée de la rue du Cloître-Notre-Dame. La petite troupe, où les femmes, les jeunes filles, les enfants abondaient, était déjà assez imposante. Quelques-uns se risquent au milieu de cette atmosphère épaisse et brûlante, chargée de vapeurs de pétrole. L'obscurité était complète. Après dix minutes d'anxiété et de recherches pénibles, — car à chaque instant les plus forts venaient reprendre haleine à l'extérieur, — on allait renoncer à l'entreprise, lorsque survint un pompier ; on le prie de prêter son concours, ce qu'il s'empresse de faire, malgré la défense faite par la Commune.

« Un brasier est découvert à la hauteur du chœur. On se rend maître du feu en cet endroit. Les plus aventureux marchent ensuite sur les débris fumants et découvrent un autre brasier à la hauteur du maître-autel. Nouveaux efforts couronnés d'un nouveau succès.

« Pendant ce temps, quelques travailleurs cassent les vitres, afin d'amener un peu d'air dans cette fournaise. Ces vitres sont choisies au milieu des vitraux modernes de peu de valeur. D'autre part, on force une des grandes portes, et l'atmosphère devient un peu plus supportable. Un troisième brasier se trouvait à la hauteur de la chaire, et on en vint à bout assez facilement : là, on avait amoncelé des chaises, des pupitres, des balustrades. Cet immense bûcher allait presque sous le grand orgue, et se joignait à un autre dressé autour d'un grand christ et d'une statue de la Vierge, amenés là tout exprès : des papiers étaient à la base, le pétrole avait manqué, sans doute, et le feu devait atteindre ce bûcher en continuant ses ravages. Peu à peu le jour se fait dans la cathédrale, l'air devient respirable. Hommes, femmes, enfants, déménagent ces chaises, ces balustrades amoncelées, et les portent sur la place du Parvis, sans songer à la barricade du pont d'Arcole, et sans se laisser arrêter par les balles qui sont envoyées de la caserne de la Cité.

« Ce travail achevé, on put se rendre compte des ravages causés par le feu ; tous les troncs avaient été brisés, les tabernacles, les reliquaires, défoncés et pillés, le lutrin de bronze brisé, le grand lustre crevé et renversé. *Lheureuse intervention des internes* avait rendu peu graves les dégâts causés par le feu : les boiseries du chœur ont été préservées presque complètement, la chaire et les orgues sont intactes ; les livres saints, les chaises, fauteuils, sont en partie brûlés ; les chapelles latérales ne sont pas endommagées, mais le sol est souillé en différents endroits.

Le premier sauvetage terminé, on visite l'étage souterrain, les orgues, les galeries, puis les tours, où se

trouve une forêt de charpentes qui remontent à huit cents ans; son salut est dû à l'oubli ou à l'ignorance des insurgés.

« Pendant ce temps, les fédérés étaient toujours maîtres des barricades des quais Saint-Michel et Montebello, ainsi que de l'île de la Cité.

« On organise cependant une garde pour essayer de conserver ce qui avait été si heureusement sauvé; plus de quarante personnes se font inscrire : chacun monte la garde à son tour sans être inquiété. Vers onze heures du soir, enfin, l'île de la Cité était au pouvoir de l'armée, et la magnifique basilique était définitivement sauvée. »

Après la lecture de cet émouvant récit notre conviction est faite. Mais enfin, devant l'affirmation de M. Goncourt, il y a lieu peut-être de faire quelques réserves. M. Verlaine était, à l'époque, toujours suivant M. de Goncourt, chef du bureau de la presse à l'Hôtel de ville, ce qui donnerait une certaine vraisemblance à son intervention. C'est là, en tout cas, une version inattendue de cet événement si important et nous désirerions fort, pour notre édification, et surtout celle de nos lecteurs, que l'auteur des *Poèmes saturniens* et autres gracieux chefs-d'œuvre voulût bien prendre part à ce débat rétrospectif. S'il a été à la peine, nous serions tout heureux qu'il fût également à l'honneur.

Jusqu'à plus ample informé nous sommes autorisés à croire que c'est à nos collègues de l'Hôtel-Dieu, et à eux seuls, que nous devons la conservation de Notre-Dame de Paris.

Dr Aug. Cabanès.

(*Intermédiaire des chercheurs et des curieux.*)

NOUVELLES

—

Faculté de médecine de Paris. — Thèse du doctorat du 23 au 26 juillet 1890 (1).

Mercredi 23 juillet. — N° 322. M Lehmann (S.-A.) : Contribution à l'étude des manifestations septicémiques et pyohémiques dans la grippe. — N° 323. M. Gayet (Z) : Quelques considérations sur les divers modes de traitement de l'érysipèle et particulièrement de l'emploi des pulvérisations éthérées de sublimé. — N° 324. M. Cornu (N.) : Contribution à l'étude de la dermographie urticaire graphique provoquée. — N° 325. M. Daniel (Edouard) : Contribution à l'étude des accidents déterminés par les injections hypodermiques et principalement par les injections mercurielles. — N° 326. M. Désiré (P. Emile) : De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire. — N° 327. M. Steinmetz : Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur. — N° 328. M. Duchaine (F.) : Des ruptures de l'artère méningée moyenne. — N° 329. M. Allard (A.-Fr.) : Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale. Leurs portes d'entrée. — N° 330. Mlle Finkelstein (Anna) : Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. — N° 331. M. Regnard (Charles) : Etude sur la pathologie du pouls lent permanent. — N° 332. M. Wigniolle (Arthur) : Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinale. — N° 333 (*). M. Champnil (J.-M.-J.) : Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial. — N° 334. M. Leloup (Ch.-Ar.) : Le catha edulis. — N° 335. Mlle Dylion (Berta) : De l'insertion vicieuse du placenta, essai de clinique thérapeutique. — N° 336. M. Lefauve (Léon) : De la nécessité d'un examen obstétrical précoce pour éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège.

Jeudi 24. N° 337. M. Renaud (E.) : Sur un nouvel appareil à chloroformer. — N° 338. M. Bertrand (Emile : Contribution à l'étude de l'albuminurie intermittente non cyclique chez les gens bien portants. — N° 339. M. Kocher (Louis) : Contribution à l'étude du pouls lent permanent. N° 340. M. Tripier (Charles) : Contribution à l'étude de la cure des ulcères variqueux. — N° 341. M. Mazery (Joseph) : L'azote dans les eaux minérales. Etude physiologique et thérapeutique. — N° 342. M. Targoula. Essai sur les fibres nerveuses intra-corticales du cerveau dans la paralysie générale et dans la démence. — N° 343. M. Boubon (Florentin) : Du traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée. — N° 344. M. Labouge (Louis) : Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. — N° 345. M. Rohart (G.) : Contribution à l'étude de la pectoriloquie aphone et de sa valeur séméiologique. — N° 346. M. Mally : Contribution à l'étude du traitement des pleurésies et des lavages intra-pleuraux. — N° 347. M. Sous (Georges) : De l'automatisme comitial ambulatoire. — N° 348. M. Cherbution (E.) : Etude spectrophotométrique du sang oxycarboné. Applications médico-légales. — N° 349. M. Marie (A.) : Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale. — N° 350. M. Daurisbourg (Alexis) : Des idées de persécution dans l'alcoolisme. — N° 351. M. Fauconneau (Jules) : De la folie d'origine cardiaque ou des troubles psychiques consécutifs aux maladies du cœur. — N° 352 (*). M. Dubul (Henri) : Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine. — N° 353. M. Bellencontre (Elie) : Du traitement de la métrite du col. — N° 354. M. G. de Le Valle : Etude comparée de la réfrigération et de la compression dans le traitement des orchites. — N° 355. M. Blanc (Eugène) : Etude critique sur les lésions des nerfs récurrents laryngés et leurs conséquences. — N° 356. M. Pierre (O.) : Des complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac. — N° 357. M. Choppin (Léon) : Marche de la pneumonie caséeuse chez l'enfant. — N° 358. M. Four (Emile) : Des hémorrhagies du tube digestif dans la terminaison de la cirrhose alcoolique. — N° 359. M. Blin (Em.-Ed.-Eug.) : De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions. — N° 360. M. Lecomte (Eugène) : Recherches bibliographiques et cliniques sur le traitement palliatif des corps fibreux par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curettage de l'utérus, le massage, l'ergot de seigle et l'hydrastis canadensis. — N° 361. M. Gendron (Emile) : Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. — N° 362. Mme Pokitonoff (Mathilde) : Contribution à l'étude des complications oculaires de l'influenza. — N° 363. Mlle Jakubowska (Félicia) : Des résultats éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du docteur Apostoli.

(1) Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Vendredi 25 juillet. — N° 364. M. Maerle (L. Th.) : Contribution à l'étude du sulfonal et de son action hypnotique chez les aliénés. — N° 365. M. Goisque (Eugène) : De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage. — N° 336. M. Gasser (J.) : Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — N° 367. M. Barisien (Georges) : Paralysies et polypes des cordes vocales. — N° 368. M. Blaiset (F.) : Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses. — N° 369. M. Lagaze-Duthiers (Gérard) : Traitement chirurgical de l'extrophie de la vessie par un procédé nouveau. — N° 370. M Murray (Paul) : Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares. Conduite à tenir dans les divers cas.

Samedi 26. — N° 371. M. Mathieu (Félix A.) : Du signe de Frédéric Muller dans l'insuffisance aortique. — N° 372. M. Langry (Louis) : La commune de Fort-Mardick, près Dunkerque. Etude démographique et médicale. — N° 373. Mlle Roussel (Marie) : Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. — N° 374. M. de Saint-Cyr de Monlaur (Raoul) : Etude des bruits de la pointe dans l'insuffisance aortique. — N° 375. M. Lombardi (V. E. C.) : Considérations sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements. — N° 376. M. Martin (Raymond) : Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. — N° 377. M. Reyes (Lisandro) : Contribution à l'étude de l'état mental chez les enfants dégénérés. — N° 378. M. Brienne (Alfred) : Contribution à l'étude de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications. — N° 379 M. Jacob (J. C.) : Quelques critiques sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. — N° 380. M. Frossard (Camille) : Du lavage de l'estomac dans la sitophobie des aliénés. — N° 381 M. Robert (Gaston) : Des myopathies dans la sclérodermie. — N° 382. M. Cousin : De quelques symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses. — N° 383. Mme Kouindjy-Pomeranetz : Valeur diurétique de la théobromine. — N° 384. M. Vacher (Fr. J.) : Essai sur la thermométrie en clinique — N° 385. M. Déléage (Francisque) : Etude clinique sur la maladie de Thomson. Myotonie congénitale. — N° 386. M. Caussade (G. G.) : De la néphrite pneumonique.

Val-de-Grâce. — M. le médecin-inspecteur Weber, Directeur du Service de Santé du 7e corps d'armée, a été nommé Directeur de l'Ecole de Médecine militaire à Paris et membre du Comité technique de Santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Gaujot.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 4 septembre 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Duharry, Guillet, Mathieu, Jouanneau, Dénarié, Dusser, Noël, Alamartine, Bauby et Adam de Beaumais.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 7 septembre 1890, M. Jobard a été nommé au grade de médecin-chef dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du 1er octobre 1890.

— Par décret, en date du 7 septembre 1890, M. Bellamy a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer pour compter du 26 octobre 1890.

Ecole de médecine de Poitiers. — Les professeurs des trois Facultés de droit, des sciences et des lettres et de l'Ecole de médecine de Poitiers, se sont réunis le 23 juillet. M. Thézard, doyen de la Faculté de droit, a lu un rapport dans lequel il reconnaît qu'il n'est pas facile de créer une Faculté de médecine dans cette ville, mais il demande que l'existence d'une Faculté de médecine ne soit pas une condition indispensable pour la création d'une université.

Voici d'ailleurs le principal passage de son rapport :

L'existence d'une école préparatoire bien organisée, lieu d'une Faculté de médecine, semble donc suffisante pour donner au groupe harmonique des Facultés toute l'universalité nécessaire. En voulant aller plus loin, ne s'exposerait on pas simplement dans l'avenir à provoquer à grands frais dans certaines villes désireuses d'avoir une université, la création artificielle de Facultés de médecine dépourvues des aliments nécessaires à leur activité et destinées à végéter, là où des écoles préparatoires auraient prospéré ?

Telles sont les réflexions qui, soumises à M. le ministre et aux Chambres, seraient peut-être de nature à faire effacer cette condition *sine qua non* de la coexistence des quatre Facultés pour la création d'une université.

Elles trouveraient d'autant mieux leur application que l'effet du projet serait de priver d'universités toute la région de l'ouest de la France, de tout temps si féconde pour les études et qui, tournée d'une part vers l'Océan, appuyée de l'autre sur le centre de notre pays, embrasse dans leur variété et leur puissance tant d'intérêts nationaux.

Université de Bruxelles. — M. le Dr Coppez (de Bruxelles) vient d'être nommé professeur extraordinaire d'ophthalmologie à cette université.

Comité consultatif d'hygiène en France. — Le comité consultatif d'hygiène de France s'est réuni lundi sous la présidence du docteur Brouardel. Le docteur Proust a rendu compte de la situation sanitaire intérieure et extérieure.

En France, l'état continue d'être satisfaisant. En Espagne, le choléra, après quelques oscillations, semble continuer à s'étendre ; il y a aggravation de l'épidémie à Valence, à Alicante et à Tolède. Nos postes sanitaires continuent de fonctionner régulièrement à la frontière espagnole ; on veille notamment à ce que les linges sales ne puissent passer sans avoir été désinfectés.

Le choléra qui s'était produit parmi les pèlerins de la Mecque paraît également avoir sévi sur la caravane qui va de la Mecque à Médine. On sait qu'un certain nombre de hadjis vont faire un second pélerinage à Médine après celui de la Mecque ; cependant, aucun cas n'a encore été signalé dans cette dernière ville, mais à Jambo, échelle de Médine, on constate deux ou trois décès cholériques par jour.

A Djebel-Tor, station de quarantaine pour les pèlerins retour de la Mecque, il y avait, le 23 août, 5,000 pèlerins et on comptait déjà une centaine de décès.

M. Proust a fait remarquer que c'est au moment du départ des bateaux ramenant ces pèlerins vers la Méditerranée qu'il faudra redoubler de surveillance. Déjà, d'après une dépêche d'Alexandrie du 5 septembee, un vapeur français, *Gallia*, devait passer le canal avec 748 pèlerins à destination de Tripoli et de Tanger, ramenant les pèlerins algériens et tunisiens qui étaient allés au pèlerinage malgré la défense. L'état sanitaire était du reste satisfaisant à bord.

M. Proust a fait connaître ensuite les mesures prises par l'Algérie, la Tunisie, l'Autriche (en Bosnie et en Herzégovine), pour prévenir l'importation du choléra par les pélerins.

L'Egypte semble bien gardée et, si les mesures sont

exécutées dans la suite comme elles l'ont été jusqu'ici, il est permis d'espérer qu'il n'y aura aucune contamination. Dans la haute Mésopotamie, le choléra tend à diminuer.

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — Dans la dernière séance du conseil, M. Lépine, secrétaire général de la préfecture de police, a fait connaître que M. le préfet avait transmis le 30 juin dernier, avec avis favorable, au ministre du commerce, un rapport du conseil d'hygiène tendant au classement au nombre des établissements insalubres, dangereux et incommodes, des stations d'électricité et des usines de force motrice.

Le comité consultatif des arts et manufactures, appelé à examiner cette affaire, a émis l'avis qu'il n'y avait pas lieu de classer les établissements dont il s'agit, et le ministre a adopté cet avis.

Dans la même séance, le conseil, sur le rapport du docteur Brouardel, a émis l'avis qu'il y avait lieu d'autoriser, dans les conditions actuelles, le fonctionnement de l'appareil crématoire établi au cimetière du Père-Lachaise.

La vente des eaux minérales. — En l'absence de M. Monod, M. Cazelle, conseiller d'Etat, directeur de la sûreté générale, chargé par intérim de la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, a adressé hier à M. le président de l'Académie de médecine la lettre suivante dont il est question à propos de la Correspondance dans notre compte rendu de l'Académie de médecine :

Monsieur le président,

A diverses reprises, mon administration a été saisie de demandes émanant soit de conseils d'hygiène publique et de salubrité des départements, soit de commissions d'inspection de la pharmacie, tendant à obtenir que la vente de certaines eaux minérales fût réservée aux pharmaciens.

J'ai soumis la question au comité consultatif d'hygiène publique de France. Dans sa séance du 7 juillet dernier, cette assemblée a émis l'avis qu'il y avait lieu de diviser les eaux minérales en deux groupes : le premier comprendrait les eaux qui, en raison de leur nature ou de leur faible proportion, peuvent être vendues dans tous les dépôts et consommées, sans inconvénients graves même pendant le repas et sans ordonnance de médecin.

Dans le second seraient classées les eaux salines purgatives et les eaux fortement arsénicales. Ces eaux ne pourraient être délivrées au public que par les pharmaciens.

La distinction que le comité propose d'établir ne concordant pas avec les dispositions de l'ordonnance royale du 18 juin 1823, il serait nécessaire, pour donner suite à cette proposition, de soumettre à l'examen du conseil d'Etat un projet de décret portant modification de l'ordonnance précitée. Mais, au préalable, et pour permettre à la haute assemblée de se prononcer en pleine connaissance de cause, j'ai pensé qu'il y aurait lieu de déterminer les eaux qui devaient figurer dans la seconde catégorie.

Il m'a paru qu'il appartenait à l'Académie de médecine, en vertu de son décret d'institution et des avis qu'elle est appelée à émettre sur les demandes d'autorisation d'eaux minérales d'établir cette classification. Je vous serai obligé, en conséquence, de vouloir bien saisir l'Académie de l'affaire.

Recevez, etc.

Signé : Cazelle.

Nouveaux journaux. — Nous recevons les premiers numéros de *la Revista de enfermedades de la infancia*, organe mensuel publié à Barcelone par le Dr Jaime Guerre y Estapé.

Nous avons également reçu le premier numéro de la *Clinique Française*, annales de la Société clinique des praticiens de France, paraissant chaque mois.

Nécrologie. — Le Dr Siry (de Paris), chevalier de la Légion d'honneur, reçu en 1859. — Le Dr Valette, ancien médecin du bureau de bienfaisance de Montpellier, reçu en 1862. — Le Dr Rollin (Francis) de Nice décédé à l'âge de 26 ans. — Le Dr Du Mesnil, ancien interne des hôpitaux de Paris (1839), médecin de l'Asile des convalescents de Vincennes, chevalier de la Légion d'honneur. — Le Dr Morisson, de Bercy, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme. Un certain nombre de confrères sont venus lui témoigner, lors des funérailles, leur cordiale sympathie.

Naissances. — Notre confrère Henri Feulard nous fait part de la naissance de sa fille Geneviève.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nous venons de recevoir la nouvelle édition des « **Guides Dentu** ». Cette collection, traitant des stations thermales et marines de la France et de l'étranger, est publiée sous la direction de MM. Bardet et Macquarie. Elle se recommande par la clarté et la précision de la partie médicale, aussi bien que par l'exactitude de la grande variété des renseignements topographiques, climatologiques et autres.

Ces volumes d'une exécution matérielle très soignée, seront recherchés, comme les années précédentes, par les médecins et le grand public de nos villes d'eaux et de nos plages.

Bulletin de la mortalité *du* 31 *au* 6 *septembre* 1890. — Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 5. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, Croup, 26. — Choléra. — Phtisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45.

Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 34. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 59.

Bronchite aiguë et chronique, 39. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 33.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 133.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 18. — Suicides et autre morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 126. — Cause inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine, 902. — Résultat de la semaine précédente : 806.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard**, ne *constipent pas*.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — **Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.**

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.